PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVI. Kraków, 22 września 1917 № 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego szpitala św. Łazarza.

Stosowanie skroplonego powietrza w leczeniu chorób skórnych.

(Tymczasowe spostrzeżenie kliniczne).

Podał

Dr Franciszek Walter.

Z zakresu środków i zabiegów leczniczych, stosowanych w dermatologii w celach kosmetycznych, znane oddawna przyżeganie żegadłem Paquelina, elektroliza, elektrokaustyka, silne środki żrące w maściach i pastach nie dawały wyników zadowalniających. Zabiegów chirurgicznych z powodu obaw chorego nie zawsze można było wykonać, a niektóre z nich, jak skaryfikacye, niezawsze były wystarczające.

Z rozwojem leczenia fizycznego wprowadzono leczenie promieniami świetlnymi. Naświetlania promieniami Röntgena lub pozafiołkowymi, dawały w pewnej grupie przypadków wyniki zadowalniające; wyniki te zależały od doświadczenia lekarza, naświetlania stosowane przez niedoświadczonych i niewyćwiczonych, przynosiły szkodę choremu. Również kosztowne i długotrwałe leczenie radem i mezotorem wymagało doświadczenia, a mogło być tylko przeprowadzane w odpowiednio wyposażonych zakładach. Kwas węglowy wprowadzony do leczenia fizycznego przez Puseya w 1905 r. znalazł szerokie zastosowanie w dermatologii, zwłaszcza w leczeniu kosmetycznem. Prosty i łatwy do wyuczenia sposób stosowania, dający się przeprowadzić w każdej chwili i w każdem miejscu, zyskał bardzo wielu zwolenników, zwłaszcza że wyniki kosmetyczne były bardzo dobre, zabieg nie pozostawiał blizny, a w tych przypadkach, gdzie postępowano energiczniej, aby osiągnąć działanie głębsze, blizna następowa była gładka, równa i kosmetycznie piękna. W pewnych przypadkach, jak n. p. w usuwaniu znamion, a przedewszystkiem w toczniu rumieniowym (lupus erythematodes) bywa kwas węglowy stosowany obecnie jako jedyny i pewny środek leczniczy.

Ponieważ te wyniki lecznicze przypisać należy nizkiej ciepłocie, zastosowałem w pewnej grupie przypadków chorób skórnych skroplone powietrze, którego ciepłota jest o wiele niższą od ciepłoty płynnego kwasu węglowego, wynosi bowiem około 190 stopni poniżej zera. Po raz pierwszy otrzymali skroplone powietrze dwaj polscy uczeni Wróblewski i Olszewski, profesorowie Wszechnicy Jagiellońskiej. Ciekłe powietrze przedstawia się jako ciecz o niebieskawem zabarwieniu, bardzo ruchliwa, łatwo ulatniająca się; daje się przechowywać przez kilka godzin w posrebrzanych naczyniach szklanych. W mniejszych ilościach skroplić można powietrze w przyrządzie pomysłu Olszewskiego. Do doświadczeń otrzymywałem gotowe skroplone powietrze z zakładu chemicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego [1]).

[1]) Składam tu Dr Drozdowskiemu, asystentowi zakładu, serdeczne podziękowanie.

Postępowanie nasze przy stosowaniu skroplonego powietrza było następujące: Zwitek waty, tej wielkości jak powierzchnia, na którą chcemy zadziałać, ujmujemy w szczypczyki o drewnianych ramionach i zanurzamy w płynne powietrze aż do chwili, kiedy przestanie wrzeć. Następnie przenosimy na wybrane miejsce i wykonując silny nacisk, działamy przez kilka sekund. Jeżeli działanie ma być powierzchowne, wystarczy 8 do 10 sekund; gdy chcemy zadziałać na głębsze warstwy tkanek, naciskamy silniej przez dłuższy nieco czas: 15 do 20 sekund. W pewnej części przypadków posługiwaliśmy się metalowymi prętami o średnicy takiej, jak średnica zmiany chorobowej, którą mieliśmy usunąć; pręty te zanurzaliśmy w płynne powietrze, oziębiając je aż do chwili, gdy powietrze przestało wrzeć.

Natychmiast po odjęciu kłębka waty, napojonego ciekłem powietrzem, z tego miejsca, na które działaliśmy, powstało zagłębienie, odpowiadające wielkości kłębka waty, pokryte lekką warstwą śniegu, który powoli od brzegów tajał w przeciągu kilkunastu sekund. Następnie pozostawało w tem miejscu lekkie zaczerwienienie i obrzęk. W kilkanaście godzin wytwarzał się w tem miejscu pęcherz z treścią surowiczą albo galaretowatą. Po upływie jednego do dwóch tygodni pęcherz pękał, odsłaniając owrzodzenie mniej lub więcej głębokie, zależnie od czasu i ucisku działania. W miejscach, gdzie naskórek był silnie rozwinięty, n. p. na dłoniach i stopach, mimo dłuższego działania odczyn nie był zbyt wybitny. W cztery do sześciu tygodni następowało zabliźnienie, a blizna była gładką, nieco zabarwioną.

W czasie działania odczuwali chorzy lekkie pieczenie, poczem nieznaczny ból utrzymywał się mniej więcej przez godzinę. W miejscach, gdzie tkanka podskórna była wiotka, powstawał obrzęk w otoczeniu miejsca działania, niejednokrotnie z bardzo silnym odczynem.

Przypadków, w których stosowano skroplone powietrze było 51 i tak:

Znamion wrodzonych	17
Brodawek	19
Nagniotków	2
Łuszczycy	1
Kłykcin szerokich	2
Tocznia	7
Xeroderma pigmentosum	1
Molluscum contagiosum	1
Lichen chr. Vidal	1
	51

W tych 51 przypadkach zastosowano skroplone powietrze 68 razy.

Znamiona wrodzone. Zmiany te, przeważnie szpecące kosmetycznie, ustępujące doskonale po stosowaniu śniegu z kwasu węglowego, również dobrymi wynikami oddziaływały na skroplone powietrze. W przypadkach tych stosowaliśmy powietrze skroplone przeważnie przy pomocy kłębków waty, rzadziej za pomocą prętów metalowych.

W ten sposób usunęliśmy 6 przypadków znamion barwikowych, gdzie działanie kłębka waty trwało przez 10 do 15 sekund, a 20 do 30 sekund oziębionego pręta metalowego.

Wyniki były dobre. W kilkanaście godzin wytwarzał się pęcherz, wypełniony cieczą surowiczą lub galaretowatą, poczem po upływie kilku dni po pęknięciu pęcherza powstawało owrzodzenie pokryte strupem. Mniejwięcej w 3 tygodnie po odpa-

dnięciu strupa powstawała blizna gładka, powierzchowna, zaczerwieniona.

Niektóre przypadki mieliśmy sposobność widzieć w kilka miesięcy potem; na miejscu dawniejszej zmiany była gładka blizna, ciemno zabarwiona.

Doskonały wynik uzyskaliśmy również w 1. przypadku t. zw. naevus araneus; blizna była zupełnie niewidoczna.

W jednym przypadku znamienia naczyniowego (naevus flammeus), zajmującym bardzo rozległą powierzchnię skóry czoła, nosa i połowy twarzy, stosowano zabieg tylko na skórze czoła. Po upływie 3 do 5 sekund odczynu ani następowego wyniku nie spostrzegaliśmy. Dopiero przy silnym ucisku, trwającym 15 sekund, otrzymaliśmy wyżej opisany odczyn w postaci pęcherza i owrzodzenia. Miejsce to po odpadnięciu strupa i zabliźnieniu, było o wiele bledsze, niż w stanie poprzednim, a blizna była bardzo powierzchowna. Zupełnego usunięcia zmiany nie uzyskaliśmy.

Dwukrotnie stosowano płynne powietrze w przypadkach znamion owłosionych. Po usunięciu włosów dopiero po zadziałaniu przez 20 do 25 sekund i po następowym silnym odczynie, otrzymać można było wyniki zadowalniające.

W 7 przypadkach znamion brodawkowatych stosowaliśmy skroplone powietrze przez 15 do 20 sekund; blizny następowe były gładkie i nieco ciemno zabarwione.

B r o d a w k i. Przypadków 19. We wszystkich przypadkach brodawki również dobrze ustępowały pod działaniem skroplonego powietrza. Ucisk kłębkiem waty stosowaliśmy przez 15 do 20 sekund, a prętem metalowym, oziębionym przez 30 sekund. Stosując bowiem ucisk przez czas krótszy, odczynu ani wyników następowych zadowalniających nie otrzymywaliśmy. Dopiero po 30 sekundach wytwarzał się pęcherz, niejednokrotnie z treścią krwawo podbarwioną z towarzyszącym silnym odczynem zapalnym, póczem powstawało owrzodzenie i blizna następowa.

T o c z e ń. W przeciwieństwie do ujemnych wyników przy stosowaniu śniegu z kwasu węglowego wyniki w przypadkach tocznia były po działaniu skroplonem powietrzem częściowo lepsze. W dwóch przypadkach po zadziałaniu 30-sekundowem w połączeniu z silnym uciskiem, otrzymaliśmy zupełne wyleczenie. Ogniska tocznia, trwające od dwóch i trzech lat, wielkości w jednym przypadku pięciokoronówki, w drugim dwukoronówki srebrnej, oddziaływały na to leczenie bardzo silnie. Powstał długotrwały obrzęk tkanek, wytworzony pęcherz, wypełniony cieczą galaretowatą z domieszką krwi, utrzymywał się przez 3 tygodnie, a po nim powstało głębokie owrzodzenie, które dopiero po upływie 8 tygodni pokryło się naskórkiem. Następowo powstała blizna twarda, zbita, silnie ubarwiona; klinicznie nie okazywała ona guzków toczniowych.

W jednym przypadku również odosobnionego ogniska toczniowego wynik nie był zupełnie zadowalniający. Pomimo, że po ustąpieniu odczynu, powtórzono zabieg, ognisko chorobowe częściowo tylko uległo wessaniu od środka. Na obwodzie utrzymywały się wykwity chorobowe. Wykonano następnie wycięcie pozostałych ognisk.

W pozostałych przypadkach stosowano skroplone powietrze na pojedyncze ogniska i guzki tocznia, zajmującego rozległe przestrzenie. Po przejściu silnego odczynu następowało częściowe wessanie i powstała blizna. Przypadki te były już kilkakrotnie przedtem leczone maścią pyrogalusową, tuberkuliną itd.; guzki toczniowe znajdowały się w bliznach twardych, zbitych, nieregularnych, wskutek czego warunki dla stosowania skroplonego powietrza były o wiele gorsze.

Z innych przypadków chorób skórnych zastosowano skroplone powietrze w dwóch przypadkach n a g n i o t k ó w. Po usunięciu warstw zrogowaciałego naskórka stosowano skroplone powietrze przez 30 do 40 sekund; odczyn był bardzo nieznaczny, a wynik leczniczy ujemny. Natomiast w ten sposób usunięto kilka ognisk m i ę c z a k a (molluscum contag.), działając przez 8 sekund. K ł y k c i n y s z e r o k i e, uporczywie utrzymujące się mimo leczenia przeciwkiłowego, po zastosowaniu skroplonego powietrza przez 10 sekund uległy wessaniu po przejściu nieznacznego odczynu w przeciągu 2 tygodni. Dobry wynik osiągnięto i w przypadku l i s z a j a p r z e w l e k ł e g o (lichen chronicus Vidal); po 10 do 15 sekundach działania powstała następowa blizna powierzchowna gładka, a objawy kliniczne i podmiotowe również ustępowały.

Przypadek ł u s z c z y c y uporczywej po zadziałaniu przez okres 8 do 10 sekund oddziaływał wytworzeniem się pęcherza z treścią surowiczą, ustępującego po 8 do 10 dniach. W miejscu zadziałania nacieki łuszczycowe ulegały zupełnemu wessaniu, pozostawiając powierzchowną, gładką bliznę, różowo zabarwioną. Również w ten sposób usunięto kilka brodawkowatych tworów w przypadku xeroderma pigmentosum; po ustąpieniu odczynu na miejscu tych wyrośli pozostały nieznaczne blizny.

Pominąwszy trudności w otrzymywaniu skroplonego powietrza, sposób ten dałby się zastosować w pewnej grupie przypadków chorób skórnych.

W porównaniu ze stosowaniem kwasu węglowego łatwość otrzymania, łatwość w stosowaniu, przemawiałyby na korzyść kwasu węglowego, zwłaszcza w przypadkach o charakterze wybitnie kosmetycznym. Jednakże, gdzie chodzi o działanie głębsze, celem usunięcia zmian chorobowych w głębszych warstwach tkanek, tam to działanie łatwiej da się osiągnąć zastosowaniem skroplonego powietrza. Również przez wywarcie silniejszego nacisku i dłuższy okres działania możnaby osiągnąć przy tem leczeniu mniej lub więcej energiczne wyniki.

Zwalczanie duru plamistego w Galicyi przed wojną, podczas wojny i po wojnie

podał

Dr Natan Milgrom,

lekarz epidemiczny (Stary Sambor).

Na podstawie doświadczeń, które poczyniłem w służbie Namiestnictwa galicyjskiego, jako lekarz epidemiczny, chcę tu omówić sposób zwalczania tej epidemii w Galicyi podczas wojny, aby wysnuć odpowiednie wnioski na przyszłość po wojnie.

Przed wojną zwalczaniem duru plamistego w Galicyi zajmowali się lekarze powiatowi, przyczem obowiązywał następujący porządek rzeczy: Gmina była zobowiązana o każdym podejrzanym przypadku donieść natychmiast do starostwa. Zgłaszano przeważnie pisemnie. Lekarz powiatowy natychmiast po otrzymaniu owego zgłoszenia był obowiązany jak najprędzej udać się do owej gminy, aby na miejscu wydać odpowiednie zarządzenia policyjno-sanitarne, wykonanie zaś owych zarządzeń należało do zakresu działania zwierzchności gminnej. Polegało ono na umieszczeniu tablicy ostrzegawczej, znaku ostrzegawczego dla analfabetów, postawieniu warty, polewaniu wapnem i karbolem lub innym środkiem dezynfekcyjnym, zwłaszcza podłóg, zabronieniu tłumnych gromadzeń się ludności, ordynacyi lekarskiej dla chorych na koszt rządu i końcowej dezynfekcyi, wykonywanej również przez gminę. Naczelnik gminy był osobiście odpowiedzialny za ścisłe wykonanie tych zarządzeń policyjno-sanitarnych.

Skutki takiego sposobu postępowania nie mogły być wielkie, jeśli się uwzględni konserwatyzm i bierność chłopa, zwłaszcza wschodnio-galicyjskiego, na którego było zdane wykonanie owych przepisów i jeśli się zważy, że lekarz powiatowy sam nie miał żadnej egzekutywy w sprawach epidemii, lecz był w tym kierunku zależny od prawnika, starosty.

Niejednokrotnie już podczas obecnej wojny i przed nią odzywały się w prasie lekarskiej głosy lekarzy urzędowych i nieurzędowych, żądających zmiany w tym kierunku. Obecnie zaś wobec wyodrębnienia Galicyi i zmiany stosunków tembardziej należy żądać radykalnych zmian i w tym kierunku.

Wskutek tych stosunków, grożących rozszerzaniem się epidemii wogóle, duru plamistego zaś w szczególności w Galicyi, będącej terenem wojennym, etapowe władze wojskowe zajęły się tą sprawą, stwarzając w porozumieniu z Namiestnictwem i z krajowem Stowarzyszeniem Czerwonego krzyża szereg instytucyi celem usunięcia owych niedomagań.

Przedewszystkiem uznano, że odosobnienie chorych we wsi, w ich własnych chatach, jest niedostateczne, pomimo wszelkich napisów ostrzegawczych, wart i t. d. Chorzy muszą być wywiezieni do szpitala. Wobec tego przystąpiono do zakładania cywilnych szpitali epidemicznych. Kierownikiem takiego cywilnego szpitala epidemicznego byłem przez czas dłuższy. Początkowo umieszczano w tych szpitalach tylko chorych, obecnie umieszcza się tam i pozostałych zdrowych mieszkańców zarażonej chaty, nietylko dla odwszawiania ich, ale także w celu kontumacyi (przez 2—3 tygodni). Przytem zabiera się także i rzeczy chorego dla dezynfekcyi do szpitala. W moim szpitalu, założonym przez

Namiestnictwo w porozumieniu z władzą wojskową, miałem średnio 30—50 chorych. Był on urządzony tylko prowizorycznie, składał się z kilku pokojów dla chorych, odwszawiarni i kąpieli, kuchni, pokoju dla dozorczyń i dla lekarza, sali sekcyjnej i t. d. Początkowo kazałem wszystkim chorym, których podczas jazd okrężnych po zarażonych miejscowościach przeznaczyłem do szpitala, dawać na głowę chustki, maczane w nafcie, w celu zabicia wszy i gnid; postępowałem tak ze względu na włosy kobiece, które starałem się zachować. Ale jakież smutne porobiłem przytem doświadczenia! Na 8 dozorczyń chorowało 5 na dur plamisty, z tych umarła jedna, oprócz tego ja sam zaraziłem się jako szósty z personalu szpitalnego. Wobec tego dziś każę bez wyjątku wszystkich chorych bez względu na płeć i wiek skrupulatnie strzydz na wszystkich owłosionych częściach ciała. Potem kąpano chorych, ich rzeczy dawano do przyrządu dezynfekcyjnego (parowego), z wyjątkiem kożuchów i rzeczy skórzanych, które zlewano lyzolem. Na sali chorych ciągle jeszcze szukano, czy niema wszy, a także lekarze wojskowi, przyjeżdżający dla inspekcyi ze strony władz wojskowych austryackich i niemieckich, czynili tosamo.

Przy pomocy tych środków udało się epidemię duru plamistego na wiosnę w lecie 1916 przynajmniej w obrębie mego okręgu sanitarnego tak opanować, że pomimo wielkiego ruchu wojsk (ofenzywa rosyjska) i ewakuacyi ludności cywilnej uchroniono wojsko przed tą zarazą.

Dziś (1917) odbywa się zwalczanie duru plamistego w obrębie mojego obecnego okręgu sanitarnego już inaczej, aniżeli w poprzednim roku (1916). Do wsi, w której sprawdzono dur plamisty, zostaje odkomenderowaną wojskowa kolumna odwszawiająca, składającą się z kilku żołnierzy, komendanta — słuchacza medycyny lub lekarza, zaopatrzona w przyrząd dezynfekcyjny i inne utenzylia. Kolumna ta przeszukuje domy, wykonuje więc rewizyę sanitarną, którą dawniej zwykle gmina wykonywała wadliwie przy pomocy dziesiętników, przyczyniając się często w ten sposób do rozszerzania się epidemii. Po sprawdzeniu choroby odwszawia się chorych wraz z całą rodziną i posyła się ich do szpitala, gdzie się ich znowu odwszawia. W ten sposób unika się o ile możności infekcyi domowej w szpitalu. Żołnierzy kolumny wojskowej także często się odwszawia. Daną miejscowość wolno mieszkańcom opuścić tylko po poprzedniem odwszawieniu (przepustki, warty). Wskutek tych zarządzeń można epidemię w okresie początkowym zupełnie stłumić, a rozwiniętą epidemię znacznie zmniejszyć.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń musi się więc na przyszłość, po wojnie, co do zwalczania duru plamistego w Galicyi postawić następujące żądania: 1) Do każdej gminy, w której sprawdzono dur plamisty, wysyła się natychmiast ruchomą kolumnę odwszawiającą z odpowiedniemi utensyliami. 2) Konieczne jest zaostrzenie ustaw o chorobach zakaźnych i prawo bezpośredniego działania lekarza powiatowego. 3) Lekarze powiatowi nie podlegają starostwom, lecz urzędowi zdrowia w rozszerzonych okręgach administracyjnych, a ten centralnemu urzędowi zdrowia. 4) Konieczne jest utworzenie ruchomych cywilnych szpitali epidemicznych, które zależnie od potrzeby wysyła się do odpowiedniej miejscowości, lub w braku pomieszczenia w niej albo w razie większego zapotrzebowania dla paru gmin — do miasta powiatowego. 5) Chorych i zdrowych z zarażonej chaty natychmiast przewozi się do szpitala w celu leczenia i kontumacyi. 6) Nie gmina, lecz kolumna odwszawiająca i szpital spełniają zlecenia policyjno-sanitarne lekarza powiatowego.

Następnie musianoby w ogólności baczniej przestrzegać poprawy stosunków sanitarnych; ze względu na dur plamisty trzebaby zwalczać wszawicę wśród biedniejszych klas ludności galicyjskiej.

W końcu należałoby założyć ruchome krajowe pracownie bakteryologiczne, które oddałyby wielkie usługi nietylko przy zwalczaniu duru plamistego, ale i innych epidemii. Musiałyby one być ruchome, aby je można było wysyłać z miejsca na miejsce wedle potrzeby, jak n. p. obecne ruchome wojskowe pracownie w wagonie kolejowym.

Wojna nauczyła nas, że tylko energiczne działanie może uwolnić Galicyę od duru plamistego — podobnie jak energicznie przeprowadzone szczepienie ochronne przeciw ospie w 1915 uwolniło Galicyę od tej strasznej epidemii.

W końcu parę uwag co do samejże choroby. A więc przedewszystkiem zaznaczam, że okres wylęgania duru plamistego trwa do 3 tygodni, wobec tego kontumacya powinna również trwać 3 tygodnie, jakoteż nie powinno się epidemii uważać za wygasłą, o ile od ostatniego przypadku nie upłynęły 3 tygodnie.

Pomimo odmiennego sposobu przenoszenia się duru plamistego powinno się ręce myć taksamo, jak n. p. przy durze brzusznym, przedewszystkiem ze względu na możliwość omyłki w rozpoznaniu, po drugie zaś ze względu na możliwość przenoszenia się duru plamistego nietylko przez wszy (lecz także przez powietrze i krew, a może i przez inne wydzieliny i wydaliny ciała ludzkiego). Sekcyę anatomo-patologiczną powinno się przeprowadzać zwłaszcza w przypadkach wątpliwych. Zmiany w naczyńkach krwionośnych skóry, opisanych w ostatnich czasach, nie można wśród skromnych stosunków prowincyonalnych badać. Potrzeba do tego całego aparatu patologiczno-histologicznego.

Próbę Widala, która przy durze plamistym ma być często słabo dodatnią (1:100, 1:200) oraz próbę Weil-Felixa (aglutynacya prątków »szczepu x 19«, — wyhodowanego z moczu chorych przez surowicę takich chorych), wypadające dodatnio w 80% przypadków, także w okresie zdrowienia, ale nie w pierwszych 3 dniach duru plamistego — powinno się przeprowadzać w każdym przypadku. Rozpoznanie duru plamistego jest łatwe w przypadkach typowych z osutką, trudniejsze w przypadkach bez osutki lub w przypadkach poronnych (krótszy czas trwania gorączki). Tu rozstrzyga badanie bakteryologiczne. Charakterystyczne jest również łuszczenie się skóry, podobne do łuszczenia się skóry przy odrze i trwające parę tygodni po spadku gorączki. W czasie choroby charakterystyczne jest t. zw. »Radiergummiphänomen«, polegający na tem, że po potarciu paznokciem skóry chorego powstaje po 1—2 minutach znak, jak gdyby po gumie do wycierania. Niewyraźną osutkę można uczynić wyraźniejszą przez ściśnięcie ramienia chorego n. p. ręką, wskutek czego powstają nawet drobne wybroczynki po wewnętrznej stronie stawu łokciowego. Znamienne dla duru plamistego jest obniżenie się ciśnienia krwi, które jest najważniejszym i najcięższym objawem chorobowym. Stąd, jak sądzę, chorzy dostają bardzo łatwo odleżyny, na co trzeba zważać. W moim szpitalu n. p. pewnemu choremu, w nocy bardzo niespokojnemu, dozorczyni związała dość lekko ręce ręcznikiem; już wskutek tego wystąpiły naokoło przedramienia blizko stawów ręki typowe odleżyny. A więc lekki ucisk ręcznika przez parę godzin wystarczył, aby wywołać odleżyny.

Lekarstw należy dawać jak najmniej. Specyfików niema. Optochina i urotropina, które zachwalano jako leki »swoiste«, nie okazują pomyślnego działania na przebieg choroby. Kollargol, polecany w najnowszych czasach ze względu na podobieństwo duru plamistego do posocznic, jest szkodliwy, gdyż wywołuje niebezpieczne zaostrzenie się i tak już groźnych przy durze plamistym objawów nerwowych. Powszechnie używanej chininy, nie mogę polecić, gdyż nie widziałem żadnego pomyślnego skutku przy jej podawaniu, przeciwnie, zdaje się ona szkodliwie oddziaływać na serce, podobnie jak i inne leki przeciwgorączkowe. Najlepszym środkiem przeciwgorączkowym są kąpiele z ewentualnemi oblewaniami zimną wodą. Digalen działa pomyślnie ze względu na obniżone ciśnienie krwi. Najlepsza jest kofeina, jako działająca na najbardziej zmienione przy durze plamistym obwodowe naczynia krwionośne. W przypadkach beznadziejnych warto spróbować śródżylnego wstrzyknięcia digalenu lub kofeiny i fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Zapobieganie: Często się kąpać i często zmieniać bieliznę. Ochronnych podskórnych wstrzykiwań surowicy chorych na dur plamisty próbowała ekspedycya niemiecka w Turcyi. W tym kierunku potrzeba jeszcze ściślejszych badań. (Obacz w »Medizinische Klinik« z 18. marca 1917: Über Versuche prophylaktischer Impfung gegen Fleckfieber von Paul Neukirch, Kiel).

Wstrzykiwania surowicy ozdrowieńcom, podejmowane w celach leczniczych, zawiodły zupełnie.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 23 maja 1917.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 36.

1) Prezes wita gości, Dr Turowskiego, Niziołka i Zasackiego, poczem odczytuje list Towarzystwa higienicznego warszawskiego z zaproszeniem na Zjazd higienistów polskich, mający się odbyć w Warszawie dnia 29 i 30 czerwca i 1 lipca. Towarzystwo le-

karskie krakowskie będą na Zjeździe reprezentowali prezes kol. Ciechanowski, kol. Bier i kol. Janiszewski.

2) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedenia.

3) **Obrady nad obecnym stanem gruźlicy w kraju i środkami zaradczymi** rozpoczął

a) Kol. prof. Latkowski następującym referatem: Referent wskazuje na znaczny wzrost w czasie wojny schorzeń na tle gruźliczem, tak co do ilości jak i ciężkości, jakoteż przyrost śmiertelności, opierając się na statystykach Jakscha, Ghona i własnej ze szpitala św. Łazarza. Stwierdziwszy ten fakt, zajmuje się następnie podstawami naukowemi, na których powinno się opierać zwalczanie gruźlicy. Wskazuje najpierw na brak jedności co do zapatrywania, czy prątki gruźlicze ludzkie, bydlęce, ptasie, rybie i t. d. należą do różnych, czy też są odmianami tego samego gatunku. Ze względu jednak na to, że w gruźlicy ludzkiej znajdują się głównie, bo w 91·5% (Kossel) przypadków prątki typu ludzkiego, tamte typy pozostałe bez względu na stopień pokrewieństwa z typem ludzkim odgrywają podrzędną rolę w zakażaniu człowieka, skąd wynika, że głównem źródłem zarazy dla człowieka jest człowiek chory na gruźlicę. Wobec dzisiejszego stanu wiedzy o dziedziczeniu chorób znaczenie t. zw. wrodzonej gruźlicy jest problematyczne, — praktycznie zasługuje na uwagę tylko nabyta. Nabywanie choroby odbywa się głównie w wieku dziecięcym, jak to statystyki wykazują, przyczem odporność jest najmniejsza w pierwszym i drugim roku życia; w tych to właśnie latach jest największy procent schorzeń i śmiertelności. Badania sekcyjne i kliniczne dowodzą też, że ogniska pierwotne znajdujemy głównie w płucach u dzieci, u dorosłych zaś rzadziej. Gruźlicę płuc u dorosłych można uważać za wyraz zaostrzenia się sprawy chorobowej po ponownych zakażeniach wewnętrznych z ogniska pierwotnego, nabytego w wieku dziecięcym. Następnie podkreśla referent, że główną drogą zakażenia jest narząd oddechowy, jak to stwierdzają między innemi zwłaszcza badania Findla, wykazujące, że ilość prątków, potrzebna do zakażenia drogą wdychania jest 600—700.000 razy mniejsza od ilości, wiodącej do zakażenia pierwotnego w przewodzie pokarmowym. Zakażenie odbywa się przeważnie przez wdychiwanie kropelek wydzieliny chorego, zawierających prątki Kocha i wyrzucanych przy mówieniu, kichaniu, kaszlaniu i t. d., stąd zowie się ono zakażeniem kropelkowem (Tröpfcheninfektion), zwolennikami tegoż jest obecnie większość badaczy z Flüggem na czele. Nadto inhalacya kurzu zakażonego, unoszącego się w powietrzu, może prowadzić, zwłaszcza zdaniem Corneta, do zarażenia, częściowo zaś i stykanie się z przedmiotami zakażonymi odgrywa też pewną rolę.

Z wywodów powyższych wyciąga referent wniosek, że źródłem, z którego szerzy się choroba, jest otwarta gruźlica płuc. Gruźlica innych narządów wzgl. części, jak jelit, stawów, kości, skóry i t. d. wykazuje mniejszą ilość schorzeń i śmiertelność też niższą, jak na to i własna statystyka referenta wskazuje, wobec czego ma ona znacznie podrzędniejsze znaczenie dla sprawy zwalczania gruźlicy. Predyspozycya do zaostrzenia względnie nawrotu sprawy chorobowej wzmaga się wśród niehigienicznych warunków, jak braku światła, powietrza i t. d., a zwłaszcza złego odżywiania. Że złe odżywianie ma wpływ bardzo znaczny na rozwój gruźlicy, dowodzą tego i spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia, jakie wykonali na zwierzętach Hornemann i Thomas. Wpływem tym wyjaśnia się między innemi wzrost schorzeń i śmiertelność na tle gruźliczem w czasie wojny. Predyspozycye do rozwoju choroby zwiększają też i inne cierpienia zakaźne, jak zwłaszcza odra, też krztusiec, płonica, ospianka szczególnie u dzieci.

Oparte na tych zasadach zwalczanie gruźlicy postawić sobie musi za zadanie ochronę zdrowych, zwłaszcza małych dzieci przed pierwszem zakażeniem, dalej zakażonych przed zachorowaniem względnie nawrotem, wreszcie leczenie chorych. Dla przeprowadzenia tych zadań konieczne jest dokładne rozpoznawanie i rozdzielanie różnych form, szczególnie gruźlicy płuc i to przeważnie metodami zwykłemi, dostępnemi w każdych warunkach dla ogółu lekarzy. Wreszcie przechodzi referent do omówienia sposobów zwalczania gruźlicy w praktyce. Przypisuje główne znaczenie szpitalom dla gruźliczych, jako mającym służyć dla odosobnienia przedewszystkiem ciężko chorych, bez którego zwalczanie wszelkie żadną miarą przeprowadzić się nie da. Zwłaszcza zaś u nas wobec mnożącej się obecnie liczby ciężko chorych, a małej liczby miejsc dla nich, konieczne jest zakładanie jak największej liczby szpitali gruźliczych. Obok szpitali ważne zadanie mają do spełnienia opieki gruźlicze (dyspenzorya), które obmyślają środki zapobiegawcze w poszczególnych przypadkach, mają wykazy wszystkich chorych ze swego okręgu, oddzielają szczególnie dzieci zdrowe od chorych, pośredniczą między chorymi, a odpowiednimi zakładami, t. j. szpitalami, względnie sanatoryami, czuwają nad higieną mieszkań, polepszaniem odżywiania się i w. i. Przyłączenie do szpitali gruźliczych dyspenzoryów ułatwiłoby zadanie społeczne dyspensoryów. Następnie omawia referent rozwój opiek w Niemczech i Austryi, dalej sprawę sanatoryów i ich potrzeby dla średnio chorych, wspomina o sanatoryach leśnych, ogródkach i koloniach wiejskich. Wreszcie podaje w krótkości, co u nas zrobiono dotąd na polu gruźlicy i podnosi obecną działalność Towarzystwa przeciwgruźliczego w naszem mieście jak i akcyę Wydziału krajowego, skierowaną ku tworzeniu oddziałów gruźliczych przy szpitalach. Referent sądzi, że w zwalczaniu tej choroby, zwłaszcza kraj nasz nękającej, powinni współdziałać wszyscy lekarze szczególnie wobec tego, iż to, co dotąd zrobiono, jest niczem w porównaniu do ogromu pracy, jaka pozostaje jeszcze do wykonania na tem polu. Z tego też powodu sądzi referent, że usilne kształcenie nowych pokoleń lekarzy w tym kierunku jest bardzo na czasie i że bardzo pożądane jest założenie zakładu naukowego dla badania gruźlicy przy jednym z mających powstać oddziałów gruźliczych Wydziału krajowego.

W końcu podaje referent następujące wnioski:

1) Ponieważ wedle statystyki szpitalnej św. Łazarza wzrosła śmiertelność z gruźlicy płucnej w latach 1914—1916 o 13—20% (O. I. A.) [u mężczyzn z 32·3% na 52·3%, u kobiet z 28·1% na 41·3%] skutkiem złych warunków, a głównie złego odżywiania podczas wojny, ponieważ mnożą się przypadki gruźlicy ostrej płucnej, a te formy są głównemi źródłami zakażenia, przeto jest rzeczą konieczną jak najrychlejsze budowanie licznych szpitali gruźliczych głównie dla odosobnienia gruźlicy otwartej płuc, bez którego to odosobnienia zwalczanie gruźlicy przeprowadzić się nie da.

2) Gruźlica innych narządów, względnie układów, jak gruźlica jelit, narządu moczowopłciowego, kości i stawów i t. d., ma daleko mniejsze znaczenia dla zwalczania ze względu na znacznie mniejszą zaraźliwość, jakoteż mniejszą częstość schorzeń i śmiertelność (n. p. w r. 1916 na ogólną ilość schorzeń gruźl. w szpitalu św. Łazarza 1055 było chorych na gruźl. płuc 699 t. j. 66·2%, zaś na gruźlicę stawów i kości 183 t. j. 17·3%).

3) Przy szpitalach gruźliczych powinny być umieszczone opieki (dyspenzorya), co opiekom może ułatwić działalność.

4) Towarzystwa lekarskie powinny wziąść udział w walce przez urządzanie odczytów popularnych o gruźlicy i wydawanie niu odpowiednich publikacyi.

5) Wskazane jest założenie instytutu dla badania gruźlicy przy jednym ze szpitali gruźliczych nowopowstających. (Streszczenie własne).

b) Drugi referat przedstawia kol. Bujak, który omawia przyrost gruźlicy u dzieci, przyczyny, sposoby zwalczania i dochodzi do wniosków następujących:

1. Ilość gruźlicy czynnej u dzieci ze sfer mniej zamożnych wzrasta gwałtownie tak, że w materyale szpitala św. Ludwika stanowi obecnie 20%, gdy w latach przed wojną i w początkach wojny wynosiła 6%; w materyale ambulatoryjnym obecnie 29·5%, dawniej 9·2%.

2. Procent dzieci oddziaływujących na szczepienie tuberkuliną nie powiększył się dotychczas wyraźniej.

3. Z tego wynika, że prawdopodobnie te postacie gruźlicy, które w dawnych, korzystniejszych warunkach pozostawały nieczynne, obecnie zaostrzają się i okazują przebieg złośliwy.

4. Za przyczynę przyrostu gruźlicy czynnej należy uważać w pierwszym rzędzie nieodpowiednie odżywianie, składające się w ubogich warstwach wyłącznie niemal z węglowodanów.

5. Jako środki, mające na celu wydatne zwalczanie gruźlicy wchodzą w rachubę:

a) Poprawa obecnego sposobu odżywiania tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym, przez umożliwienie uboższej ludności spożywania pokarmów białkowych i tłuszczów; najodpowiedniejszym środkiem byłoby założenie tanich kuchni.

b) Odosobnienie chorych z gruźlicą otwartą w odpowiednich zakładach. Celem przeprowadzenia tej akcyi i zdania sobie sprawy z jej rozmiarów, należy wprowadzić obowiązek donoszenia o każdym przypadku gruźlicy otwartej.

c) Umożliwienie racyonalnego leczenia gruźlicy zamkniętej przez urządzenie stałej lecznicy klimatycznej, do czego nadawałaby się szczególnie letnia kolonia w Rabce, po odpowiednich adaptacyach i wyposażeniu.

d) Umożliwienie korzystania z półkolonii wakacyjnych jak

największej liczbie dzieci przez czas wakacyjny nieskrócony. (Streszczenie własne).

c) W trzecim referacie kol. prof. Godlewski przedstawia działalność Komitetu Książęco-Biskupiego (K. B. K.) w sprawie zwalczania gruźlicy u dzieci. K. B. K. założył w Zakopanem (Willa Orla) schronisko dla 65 dzieci gruźliczych. Schronisko to ma urządzenia bardzo prymitywne. Opiekę lekarską objął Dr Wilczyński. Aby oddzielić gruźlicę zamkniętą od otwartej przystępuje K. B. K. do stworzenia drugiego schroniska na 40 dzieci. Niestety brak lekarza chirurga w Zakopanem, wywołany stosunkami wojennymi, nie pozwala na przyjmowanie dzieci z gruźlicą chirurgiczną do schronisk zakopiańskich. Ponieważ szpitale odmawiają również przyjmowania tych dzieci, więc sprawa ich pomieszczenia i leczenia staje się coraz bardziej naglącą. Pożądana byłaby również przemiana istniejącej kolonii letniej rabczańskiej na schronisko całoroczne, co możnaby uzyskać drogą porozumienia się K. B. K. z komitetem kolonii rabczańskiej.

Dalsze referaty i dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie w dniu 6. czerwca 1917.

Przewodniczy prezes kol. prof. Ciechanowski. Obecnych członków 35.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia przyjęto na członka kol. Schwarzbarta.

2) Prezes kol. Ciechanowski zdaje sprawę z czynności Komisyi, wybranej dla opracowania **zasad ustroju sanitarnego w Polsce** (i w Galicyi w razie jej wyodrębnienia). Komisya, do której wchodzili prezes kol. Ciechanowski, jako przewodniczący i referent, oraz kol. Damski (prezes krajowego Związku lekarzy), Janiszewski (naczelny lekarz miasta), Momidłowski (członek Zarządu Związku lekarzy rządowych) i Schoengut (prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej) odbyła 6 posiedzeń i po gruntownych rozprawach uchwaliła następujące zasady ustroju sanitarnego:

1. Podstawy ogólne: Wszystkie sprawy sanitarne normują zasadnicze ustawy sanitarne, uchwalone przez ciała prawodawcze, jakoteż rozporządzenia, wydane przez naczelną władzę sanitarną w granicach tych zasadniczych ustaw.

2. Zarząd główny administracyi sanitarnej: Zarząd całej administracyi sanitarnej sprawuje naczelna władza sanitarna mająca takie same atrybucye, jak inne władze naczelne i stanowiąca ostatnią najwyższą instancyę w sprawach sanitarnych i społeczno-higienicznych. Naczelnikiem tej władzy jest lekarz, całkowicie odpowiedzialny za cały zarząd administracyi sanitarnej i w jej zakresie działający samodzielnie. Jako jego podwładni działają w naczelnym zarządzia sanitarnym obok referentów lekarskich referenci prawnicy i technicy. Naczelnej władzy sanitarnej przydana jest Rada przyboczna. Część jej członków mianuje rząd krajowy, drugą zaś część tworzą delegaci Wydziałów i Izb lekarskich, ewentualnie Związku lekarzy. Wszyscy członkowie tej Rady mają jednakowe prawa. Ta Rada wydaje orzeczenia we wszystkich ważniejszych sprawach, przedkładanych jej przez naczelną władzę sanitarną lub wniesionych przez członków Rady. Do projektów ustaw sanitarnych, przedkładanych ciałom ustawodawczym, musi być zawsze dołączona opinia Rady.

3. Zakres działania naczelnej władzy sanitarnej: Zakres działania obejmuje wszystkie zasadnicze rozporządzenia i przepisy, inicyatywę oraz nadzór we wszystkich sprawach sanitarnych i społeczno-higienicznych. Rozporządzenia i przepisy innych władz naczelnych, wkraczające w ten zakres, mogą być ogłoszone i wejść w życie tylko wtedy, jeżeli zostały zatwierdzone także przez naczelną władzę sanitarną.

4. Hierarchia administracyi sanitarnej: Cała administracya sanitarna tworzy ciało jednolite, dlatego też władze sanitarne (lekarze sanitarni) w najniższych jednostkach administracyjnych (lekarze gminni, okręgowi) mają w zakresie swych zadań sanitarnych charakter urzędników krajowych i podlegają w tym zakresie tylko władzom sanitarnym wyższego stopnia. Lekarze gminni w miastach powyżej 40.000 mieszkańców są również włączeni do hierarchii sanitarnej, ale lekarze naczelni tych miast mają w niej stopień odpowiednio wysoki (n. p. lekarze naczelni miast stołecznych podlegają bezpośrednio tylko naczelnej władzy sanitarnej).

5. Egzekutywa: Władze sanitarne niższych instancyi mają prawo bezpośredniej egzekutywy w sprawach nagłych i ważnych, grożących bezpośredniem niebezpieczeństwem, a są za takie zarządzenia wyłącznie odpowiedzialne. W innych przypadkach mają władze sanitarne egzekutywę za pośrednictwem władz administracyjnych (politycznych) stojących w każdej z instancyi obok, ale nie ponad władzami sanitarnemi. Organem wykonawczym administracyi sanitarnej jest obok ogólnych organów wykonawczych także osobna służba sanitarna, odpowiednio wykształcona, a podległa wyłącznie i bezpośrednio lekarzom sanitarnym.

Te wnioski Komisyi będą przedstawione jako substrat do obrad ankiecie, zwołanej do Krakowa w drugiej połowie czerwca, a złożonej z przedstawicieli wszystkich instytucyi, korporacyi i Towarzystw lekarskich w kraju. Uchwały tej ankiety będą przedstawione następnie Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicyi, T. Radzie Stanu i Zjazdowi higienistów polskich w Warszawie.

Sprawozdanie prezesa przyjęto do wiadomości.

3) Kol. prof. Kader przedstawia: 1) chorego, który przed dwoma laty połknął **2 łyżeczki cynowe**, tkwiące teraz prawdopodobnie **w żołądku albo dwunastnicy**; naturę cierpienia stwierdziły dopiero promienie Röntgena, gdyż chory sam zataił jego przyczynę; 2) chorego z ogromnym **mięsakiem uda**, leczonego przez jednego z lekarzy dotychczas »zachowawczo« (!) przez pełne 2 lata.

4) Przystąpiono do dalszych **obrad nad obecnym stanem gruźlicy i środkami zaradczymi.**

Jako czwarty referent przemawiał kol. Janiszewski: Na wstępie, przypominając ścisły związek wzrostu i złośliwości gruźlicy z niedostatecznem odżywianiem, wniósł referent, aby Towarzystwo niezwłocznie zwróciło się do Koła polskiego w Wiedniu o zakaz dalszego wywozu żywności z kraju i o niezwłoczny dowóz do kraju potrzebnych środków żywności.

Wniosek jednomyślnie uchwalono, przekazując wykonanie Komisyi, do której zostali wybrani kol. Ciechanowski, Janiszewski, Kader, Kostanecki i Lang.

(Dodatek do protokółu. Komisya ta odbyła posiedzenie w dniu 7. VI. 1917 i zredagowała następujący memoryał do Koła polskiego.

»Lekarze, stykając się ciągle z najszerszemi kołami ludności, ze stanowiska swego zawodu najlepiej mogą ocenić, jak odpowiednie odżywienie wpływa na jej rozwój, zdrowie i sprawność fizyczną. Teraz, mając ciągłą sposobność stwierdzania zgubnego wpływu, jaki obecny głód wywiera na zdrowie naszej ludności, nie mogą lekarze obojętnie przyglądać się kolosalnemu zwiększaniu się ogólnej śmiertelności, w szczególności śmiertelności z gruźlicy, oraz degeneracyi fizycznej, jakiej ulega młode pokolenie, nie otrzymujące pożywienia, potrzebnego dla normalnego rozwoju i wzrostu. — Wobec tego lekarze, zebrani na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 6. czerwca 1917 zwracają się do Koła polskiego o jaknajenergiczniejszy protest przeciwko systematycznemu, świadomie prowadzonemu wygładzaniu ludności naszego kraju, najbardziej dotkniętego klęską wojny, przeciwko umniejszeniu racyi chleba i mąki, a już poprzednio wyznaczonej mniejszej ilości cukru, niż ludności innych krajów monarchii; zwracają się do Koła polskiego o bezwzględne domaganie się traktowania Galicyi na równi z innymi krajami monarchii, o wydanie ściśle przestrzeganego zakazu wywozu wszelkich środków żywności i węgla z kraju, natychmiastowego dowozu środków spożywczych do kraju, oraz o stworzenie komisyi obywatelskich, kontrolujących wydane w tym kierunku zarządzenia. — Głód, panujący już w naszym kraju, zagrażający fizycznemu rozwojowi naszej ludności na długi czas, zmusza świat lekarski do żądania, aby bezzwłocznie zaprzestano wygładzania kraju, oraz stwierdzenia konieczności jaknajenergiczniejszego dążenia do zawarcia jaknajrychlejszego pokoju«.

Memoryał ten wysłano niezwłocznie do Koła polskiego, oprócz tego w streszczeniu przesłano go do Koła telegraficznie).

Referat swój w sprawie gruźlicy zakończył kol. Janiszewski następującymi wnioskami:

1. Przyjmuje się w zasadzie program walki z gruźlicą, opracowany przez krakowskie Towarzystwo walki z gruźlicą, a w szczególności uchwala się co następuje: Należy stworzyć sieć organizacyi krajowych sanitarnych. W zasadzie każde miasto powiatowe powinno być ogniskiem, jednoczącem wszystkie usiłowania, zdążające do uzdrowotnienia kraju wogóle, a w szczególności do zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych i ostrych chorób zakaźnych, oraz opieki nad dziećmi i walki ze śmiertelnością osesków, przyczem należy w najszerszej mierze korzystać z wypróbowanej pomocy kolumn sanitarnych.

2. Walka z gruźlicą powinna iść przedewszystkiem w kierunku zapobiegawczym i opieki nad dziećmi (odżywienie, sprawa mieszkaniowa, kolonie, półkolonie, tanie ogródki).

3. Działalność przeciwgruźliczą w ścisłem znaczeniu należy rozpocząć od zakładania opiek gruźliczych, któreby były

zarazem opiekami mieszkaniowemi i od odosobnienia otwartych form gruźlicy w oddziałach dla otwartej gruźlicy przy szpitalach krajowych, w schroniskach lub koloniach robotniczych dla gruźliczych.

4. Dla dzieci zołzowatych i z zamkniętą gruźlicą należy prowadzić sanatoryum w Rabce i Iwoniczu przez cały rok, dla gruźlicy chirurgicznej stworzyć osobne sanatoryum w górach; takie same sanatoryum urządzić dla gruźlicy otwartej wieku dziecięcego, bądź w okolicy podgórskiej, bądź w blizkości miast.

5. Należy zjednoczyć całą działalność przeciwgruźliczą w rękach Krajowej Komisyi walki z gruźlicą i jej kół prowincyonalnych.

Dyskusya:

a) Kol. Ciechanowski: Referaty, wygłoszone na ostatniem i dzisiejszem posiedzeniu, zgodnie wskazują na fakt, że częstość zakażeń gruźliczych dotąd nie wzrosła, a tylko wzrosła częstość gruźlicy czynnej i przebieg choroby stał się cięższy i szybszy w stosunku do czasów przedwojennych. Pogorszenie to nastąpiło przedewszystkiem w ostatnich dwóch latach wojny. Zjawisko to potwierdzić może mowca jeszcze i na podstawie materyału sekcyjnego, w którym spotyka się znacznie więcej gruźlicy rozpadowej, szybko postępującej, niż dawniej, znacznie zaś mniej form włóknistych i spraw »wygajających się«. Kol. Bujak wskazał słusznie na złe odżywienie, kol. Janiszewski na fatalne stosunki mieszkaniowe, jako na przyczyny tego smutnego zjawiska. W związku z tem nabierają ogromnej wagi dwie sprawy, sprawa aprowizacyi (którą Towarzystwo przekazało co dopiero wybranej komisyi) i sprawa odbudowy zniszczonych siedzib ludzkich, która, jak nawet sprawozdanie samejże Centrali dla odbudowy kraju wykazuje, nie we wszystkiem idzie właściwym torem. Poprawa w jednym i drugim kierunku sprowadziłaby niewątpliwie zwiększenie odporności społeczeństwa, a przez to i zmniejszenie tak częstości zakażeń gruźliczych, jak i gruźlicy czynnej, częstsze »wyleczenia« gruźlicy, częstsze i dłuższe podtrzymanie zdolności chorych do pracy zarobkowej. To jest droga, którą przedewszystkiem iść powinna cała akcya. Osiągnąć na niej można bez porównania więcej i ekonomiczniej, niż drogą budowy schronisk dla nieuleczalnych gruźliczych, które wymagają dużych kosztów, nie będących w stosunku do osiągniętych wyników. Oczywiście już ze względu na zasady prostego miłosierdzia muszą takie schroniska powstawać, jednak mają one ze stanowiska społeczno-higienicznego w zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy znaczenie małe, a ze stanowiska racyonalnego gospodarstwa społecznego są pozycyą raczej ujemną. Koła lekarskie powinny z jaknajwiększym naciskiem domagać się poprawy aprowizacyi kraju, jak to mowca podniósł już z początkiem roku po wykładzie kol. Biera, oraz wznowić starania, by w Centrali odbudowy kraju współdziałali lekarze-higieniści. (Wniosek o ponowienie tych starań zebrani uchwalają).

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Dr Bulikowskiemu z Gleichenbergu za cenne książki ofiarowane bibliotece.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Sprawozdanie lekarskie za sezon kuracyjny z r. 1917 w Szczawnicy podaje: Ogółem było podczas sezonu osób 1342, z tego leczyło się około 1000 osób, z tego przypada na a) choroby płuc natury gruźliczej 58%, b) choroby dróg oddechowych natury niegruźliczej 25%, c) choroby niegruźlicze innych organów 17%.

a) Choroby płuc natury gruźliczej: w stadyum I. 67%, w II. 27%, w III. 6%. Z tego powikłań: a) ze strony gardła i krtani 5%, b) kiszek 2%, c) zmarło 2.

b) Choroby dróg oddechowych natury niegruźliczej: 1) chorob y nosa, gardła, krtani i oskrzeli 28%, 2) rozedmy płuc (emphysema) 28%, 3) dychawicy atakowej (asthma) 25%, 4) rekonwalescencya po zapaleniu płuc i opłucnej 19%.

c) Choroby niegruźlicze innych organów: 1) choroby narządu trawienia 17%, 2) choroby narządu krążenia i przemiany materyi (wady serca, miażdżyca tętnic, reumatyzm) 8%, 3) choroby krwi (anaemia) 56%, 4) choroby nerwowe 13%, 5) zołzy 6%.

Służbę zdrowia pełniło 4 lekarzy. Do celów pomocniczych leczniczych służy zakład inhalacyjny (solankowe inhalacye i jedlinowe), tudzież łazienki z wodą mineralną ze źródła Jana i hydropatya.

U chorych zauważono mniejsze przybywanie wagi ciała, jak po inne lata, czego przyczynę upatrywać należy w lichszem odżywianiu się, tudzież ogólnem zdenerwowaniu. Sezon był bardzo pogodny, aura przeważnie sucha.

Warszawa. Na kursach dla lekarzy urzędowych Królestwa polskiego od 1. VI. do 15. VIII. wykładali Dr Paszkiewicz, Serkowski, Radziwiłłowicz, Brunner, Keintoch, Holtzmann, Chodźko, Gepner, Dębiński, Werner, Szenajch, prof. Mazurkiewicz i prof. Braun. Z 50 słuchaczy przystąpiło do egzaminu 40. Z pośród nich mianowano 2 lekarzy sądowych i 25 powiatowych w okupacyi niemieckiej; z poza grona słuchaczy kursów mianowano 18 lekarzy powiatowych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sobotę d. 22. września o godzinie 6 wieczór odbędzie się **w szpitalu powszechnym w Jarosławiu** posiedzenie Sekcyi Towarzystwa lek. galic. z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Fechter. 2) Wpływ pruchnicy zębów na powstawanie płonicy kol. Rossberger. 3) Sprawozdanie z funduszów sekcyi. 4) Wybór przewodniczącego Oddziału Sekcyi jarosławskiej.

Ze względu na konieczny wybór przewodniczącego upraszam o liczne zebranie.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. galic.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.